DEPRESSION DU SUJET AGE

Docteur V. LEFEBVRE des NOETTES

EPIDEMIOLOGIE

PREVALENCE : très variable selon:
- **les critères diagnostics**
- **le seuil d 'âge**
- **les sites de recrutement**
- **les évaluateurs (80% des MG)**

PREVALENCE selon les critères du DSMIV

Site de recrutement	Prévalence
POP générale	3 à 5%
Patients ambulatoires	13 à 40 %
Patients hospitalisés	15 à 43%
Patients en institution	42 à 51%
ETATS DYSTHYMIQUES	10 à 15%

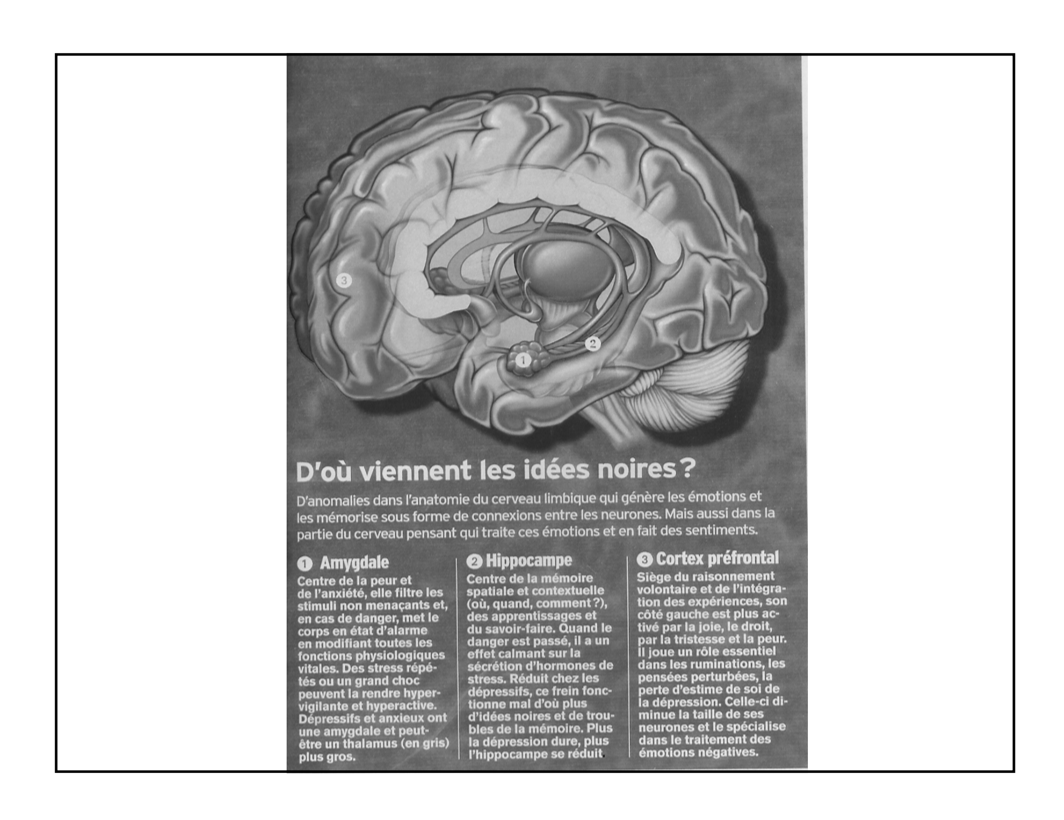
40% des cas de dépression du sujet âgé ne sont pas diagnostiqués en ambulatoire

80% des sujets âgés repérés comme déprimés reçoivent un traitement inadaptés (anxiolytiques ou dosages trop faibles)

Le taux de suicide augmente entre 65 et 75 ans (31 pour 100 000 soit plus du double/à la population générale.

Le ratio TS/suicide réussi est proche de 1

Or 75% des S.A. qui commettent un suicide ont consulté leur médecin dans le mois qui précède leur mort.



D'où viennent les idées noires ?

D'anomalies dans l'anatomie du cerveau limbique qui génère les émotions et les mémorise sous forme de connexions entre les neurones. Mais aussi dans la partie du cerveau pensant qui traite ces émotions et en fait des sentiments.

1 Amygdale

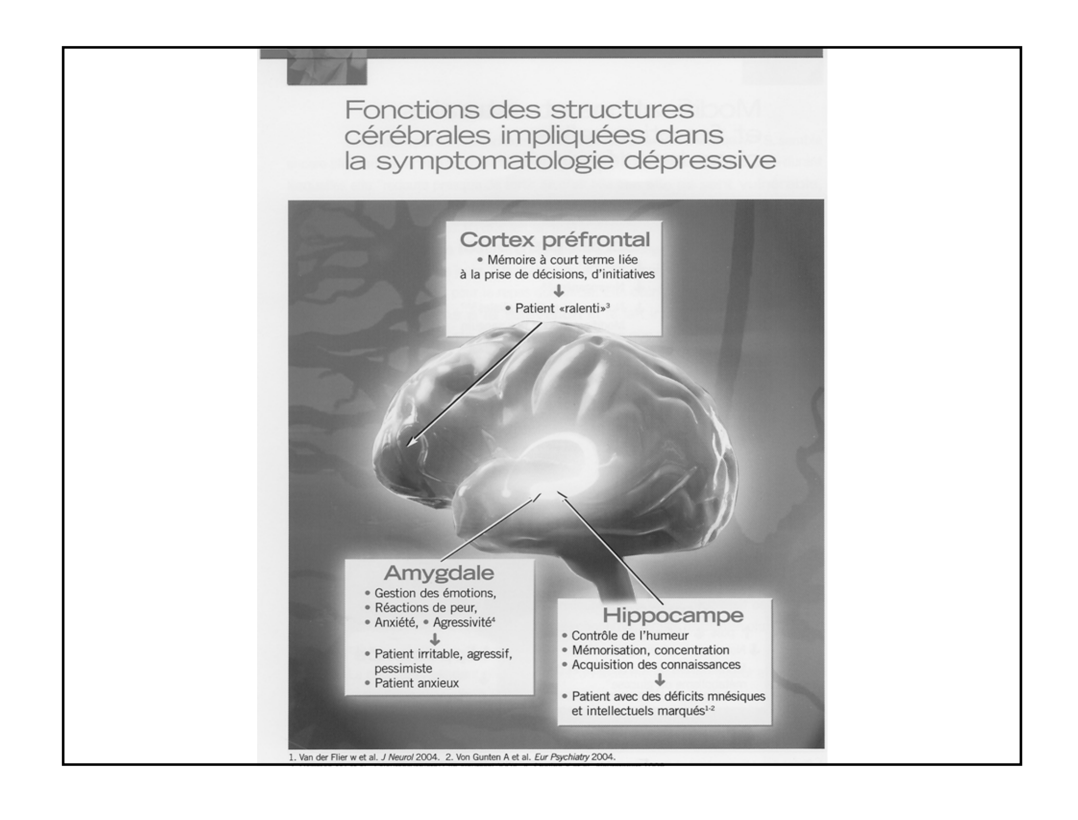
Centre de la peur et de l'anxiété, elle filtre les stimuli non menaçants et, en cas de danger, met le corps en état d'alarme en modifiant toutes les fonctions physiologiques vitales. Des stress répétés ou un grand choc peuvent la rendre hypervigilante et hyperactive. Dépressifs et anxieux ont une amygdale et peut-être un thalamus (en gris) plus gros.

2 Hippocampe

Centre de la mémoire spatiale et contextuelle (où, quand, comment ?), des apprentissages et du savoir-faire. Quand le danger est passé, il a un effet calmant sur la sécrétion d'hormones de stress. Réduit chez les dépressifs, ce frein fonctionne mal d'où plus d'idées noires et de troubles de la mémoire. Plus la dépression dure, plus l'hippocampe se réduit.

3 Cortex préfrontal

Siège du raisonnement volontaire et de l'intégration des expériences, son côté gauche est plus activé par la joie, le droit, par la tristesse et la peur. Il joue un rôle essentiel dans les ruminations, les pensées perturbées, la perte d'estime de soi de la dépression. Celle-ci diminue la taille de ses neurones et le spécialise dans le traitement des émotions négatives.



FACTEURS DE RISQUE

- solitude
- isolement social et affective
- veuvage
- deuil
- sexe féminin
- perte d 'autonomie
- comorbidité physique : cancer (50%), Parkinson (20 à 30%), diabète (30%), AVC (30 à 50%), IDM (16 à 18%), HTA (10 %)

Surtout vasculaire ==> concept de **dépression vasculaire** (Alexopoulos)

- démence (30 à 45%)
- médicaments (B bloquants, antihypertenseurs centraux, neuroleptiques, BZD, L-DOPA, steroïdes…)

LES ECHELLES

Non spécifiques à l 'âge

- DSM IV
- CIM 10
- HDRS (Hamilton)
- MADRS
- INVENTAIRE DE DEPRESSION DE BECK

Spécifiques au sujet âgé

- échelle de dépression dans la démence de CORNELL
- GDS (en 30, 15 et 4 Items) - sensible à 80%
  - spécifique à 93%

MINI GDS

Le patient doit se situer il y a une semaine et non dans le passé ni dans l 'instant présent.

1)Vous sentez vous souvent découragé (e) et triste ?	**Oui**	**Non**
2) Avez-vous le sentiment que votre vie est vide ?	**Oui**	**Non**
3) Etes-vous heureux (se) (bien) la plupart du temps ?	**Oui**	**Non**
4) Avez-vous l 'impression que votre situation est désespérée ?	**Oui**	**Non**

Cotation

Question 1	**Oui=1**	**Non=0**
Question 2	**Oui=1**	**Non=0**
Question 3	**Oui=0**	**Non=1**
Question 4	**Oui= 1**	**Non=0**

Score

Score = 1 ou plus très forte probabilité de dépression

Score = 0 très forte probabilité d 'absence de dépression

SYMPTOMES SPECIFIQUES A LA PERSONNE AGEE

- instabilité, agressivité, colère.
- somatisations fréquentes, hypocondrie.
- démotivation, ennui, sensation douloureuse de vide intérieure.
- repli sur soi, isolement.
- angoisse matinale.
- confusion.
- dépendance.
- troubles mnésiques, allégués.
- impression d 'inutilité d 'être.
- suicide programmé, réussi.

FORMES CLINIQUES de la DEPRESSION du SUJET AGE

Le tableau est souvent trompeur évoluant de manière torpide et souvent masqué par d 'autres symptômes.

<u>Dépressions avec caractéristiques psychotiques</u>

- Mélancolie, syndrome de COTARD.

- Mélancolie d 'involution de KRAEPLIN (1896)

Pronostic réservé : 25% de décès dans l 'année.

- Les dépressions délirantes (ruines, persécutions, spoliations, abandons)

- Les dépressions hostiles (agressivité, agitation accompagnent la dépression : *très fréquent dans la maladie d 'Alzheimer).*

<u>Dépressions à masques confusionnels ou somatiques</u>

- sans tristesse apparente, plaintes physiques multiples, céphalées, palpitation, algies, vertiges, dyspnées, constipation…

souvent accompagnée **<u>d 'anxiété ou d 'angoisse matinale</u>**

<u>Le syndrome de glissement</u>

- conséquences de maladies somatiques graves, d 'institutionnalisation non acceptée donnant un été de catastrophe vitale avec anorexie, refus de soins, agitation, agressivité, état confuso-dépressif.

30 % de décès, bonne indication ECT.

<u>Le syndrome de Diogène</u>

- renoncement aux soins corporelles, accumulation d 'objets, entassement dans toutes les pièces d 'habitation.

DEPRESSIONS SECONDAIRES A DES MALADIES SOMATIQUES

Souvent méconnues, non diagnostiquées, non traitées

-Les carences en vitamines
- les anémies
- les dysthyroïdies
- les insuffisances cardiaques ou respiratoires
- les douleurs chroniques (10%)
- l ’infarctus du myocarde (16 à 18%)
- le Parkinson (20 à 30 %)
- le diabète (30%)
- les AVC (30 à 50%)
- les démences (30 à 50%)
- les cancers (50%)

DEPRESSIONS ET DEMENCES

3 Hypothèses

1- **L ’hypothèse d ’une coïncidence**

Démence et dépression étant deux affections les plus fréquentes chez le S.A.

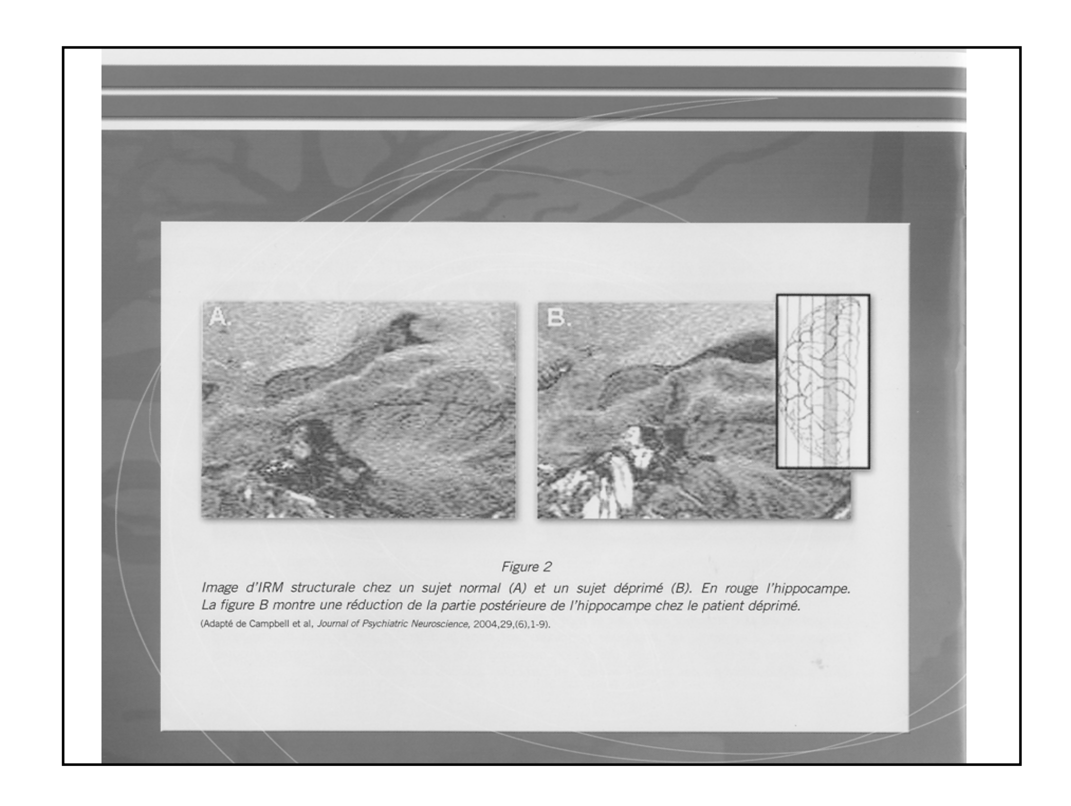
La fréquence de la dépression associée à la démence va selon les études de 0 à 87%

2- L ’hypothèse que la dépression fait le lit de la démence

Une grande fréquence de conversion de la dépression en démence fait exploser le concept de **pseudo-démence dépressive.**

3- L ’hypothèse que la dépression est secondaire à la démence

La plus couramment admise du fait que les patients présentant une MA et dépression auraient un déséquilibre de la balance nordadrénaline-acétylcholine et que les réactions psychologiques parfois de catastrophes liées aux déficits cognitifs entraîneraient une dépression. Elle serait plus fréquente en début d ’évolution que dans les démences sévères probablement aussi à cause du problème de la validité des critères de diagnostic dans les démences sévères



EPREUVE DES 5 MOTS
Professeur Dubois

- **MIMOSA**
- **ABRICOT**
- **ELEPHANT**
- **CHEMISETTE**
- **ACCORDEON**

TRAITEMENTS DE LA DEPRESSION DU SUJET AGE

4 difficultés

- **l ’âge** : **modifications de l ’absorption, du volume de distribution et de la clearance des psychotropes**
- **La comorbidité somatique** **==> polymédicamentation**
- **La iatrogènie**
- **Le déficit en acétylcholine**

TRAITEMENTS NON PHARMACOLOGIQUES

- Psychothérapies interpersonnelles, de soutien, familiales.
- Groupes de paroles, musico-thérapies, arts-thérapies.
- Groupes de stimulation cognitives (ateliers mémoire)
- Socio-thérapie (sorties culturelles et ludiques)
- Association de familles (aides aux aidants)

TRAITEMENTS PHARMACOLOGIQUES

En première intention :

Les ISRS :	Fluoxetine	Prozac
	Fluvoxamine	Floxyfral
	Paroxetine	Deroxat
	Citalopram	Seropram
	Setraline	Zoloft
ISRSNA :	Venlafaxine	Effexor
	Milnacipram	Ixel
	Mirtazapine	Norset
	Duloxetine	Cymbalta
Autres Classes :	Mianserine	Athymil
	Viloxazine	Vivalan
	Tianeptine	Stablon

Classes	DCI	Nom commercial	Modes d'action			Convulsions	Arythmies
			Blocage des récepteurs				
			ACh	Alpha 1	H1		
Imi-praminique	Imipramine	*Tofranil*	+++	++	++	+++	++++
	Amitriptyline	*Laroxyl*	++++	++++	+++	++	+++
	Clomipramine	*Anafranil*	+++	+++	+	+++	++
	Dosulépine	*Prothiaden*	+++	++	++	++	++
	Maprotiline	*Ludiomil*	++	++	+++	++++	+++
	Amoxapine	*Défanyl*	+++	+++	+	+++	++
IMAO	Iproniazide	*Marsilid*	0	+	0	++	0
IMAO-A	Toloxatone	*Humoryl*	0	0	0	++	0
	Maclobémide	*Moclamine*	0	0	0	+	0
IRSS	Fluoxétine	*Prozac*	+	0	+	+	+
	Fluvoxamine	*Floxyfral*	0	+	0	0?	0?
	Paroxétine	*Deroxat*	++	0	0	0?	0?
	Citalopram	*Seropram*	+	++	++	0?	0?
	Sertraline	*Zoloft*	+	+	0	0?	0?
IRSNA	Venlafaxine	*Effexor*					
	Milnacipram	*Ixel*	+	+	+	0	0
Autres	Miansérine	*Athymil*	+	+++	+++	+	0
	Viloxazine	*Vivalan*	0	0	+	++	0
	Tianeptine	*Stablon*	0	0		0?	++

LES ANTIDEPRESSEURS TRICYCLIQUES

EN DEUXIEME INTENTION

- Anafranil, laroxyl, prothiaden,tofranil, surmontil, pertofran, quitaxon, kinupril,defanil.
- CONTRE-INDICATIONS:
- Glaucome , Adénome de la prostate, trouble du rythme,IDM récent,I. rénale sévère
- Et LES DEMENCES DEGENERATIVES.

MODES DE PRESCRIPTION

START LOW- GO SLOW

Mais atteindre la dose thérapeutique efficace = celle de l ’adulte jeune.

Durée de prescription :

- 1er accès : six mois minimum
- Prévention des rechutes : 1 an
- Si plus de 2 rechutes : à vie

TRAITEMENTS ASSOCIES

Si trouble du sommeil : STILNOX, IMOVANE

Si anxieté : préférer Anxiolytiques non BZD

Si syndrome de glissement : ECT

Si mélancolie délirante : Associer nouveaux antipsychotiques ou ECT

Si démence associée : Antidépresseurs plus anticholynesterasiques (Arcipet, Exelon, Gallantamine)

Si trouble du comportement : Anticholynesterasique, à défaut, antipsychotique nouvelle génération (Risperdal, Zyprexa)

Sismothérapie du sujet âgé E.C.T.

- DECRET N° 94-1050 du 5 décembre 1994 remanié par instruction du 9 décembre 1996
- NECESSITE le CONSENTEMENT ECRIT du PATIENT et ou de sa FAMILLE
- ANESTHESIE et CURARISATION par un anesthésiste qualifié et dans une salle de réveil équipée,ainsi que la présence d'un soignant au réveil du patient

SISMOTHERAPIE

INDICATIONS

- DEPRESSIONS RESISTANTES AUX TRAITEMENTS BIEN CONDUIT
- MELANCOLIE DELIRANTE
- SD. de COTARD
- DEPRESSION avec RISQUE SUICIDAIRE MAJEUR
- MELANCOLIES GRAVES METTANT en JEU le PRONOSTIC VITAL
- SD. de GLISSEMENT

SISMOTHERAPIE

CONTRE INDICATIONS

- Absolue : Hypertension intracrânienne
- Relatives :
- Liées à l’anesthésie
- Lésion expansive intracrânienne sans hypertension in situ
- Hémorragie cérébrale récente
- IDM récent, maladie emboligène
- Anévrisme ou malformation vasculaire à risque hémorragique
- Décollement de rétine
- Phéochromocytome
- Antcd d’inefficacité ou de complication des ECT
- Prise d’anticoagulant

sismothérapie

- Mode d'emploi:
- Technique consistant à faire passer un courant alternatif entre 2 électrodes placées de part et d'autre des tempes de façon à provoquer une convulsion due à la stimulation des centres à l'origine de crises d'épilepsie.
- Intensité électrique=300milliamp.sous 60à 90 V.
- Le courant est appliqué pendant 1 à 2 dixièmes de seconde chez un patient consentant sous AG et CURARE
- 2 séances par semaine pour une cure de 6 à 12 séances en tout
- ECT doit être relayer par un TTT antidépresseur et/ou ECT une fois par mois d'entretien ou de prévention des rechutes

EFFICACITE sismothérapie

- 85 à 95% BONS RESULTATS(Léger et Clément 1999)
- Comparable au LITHIUM dans les accès maniaques
- Morbidité moindre que les antidépresseurs résultats + rapides et plus visibles cliniquement
- Effets secondaires :liés à l'anesthésie,confusion post- critique augmentant avec l'âge surtout si sd.démentiel associé, amnésie antérograde transitoire(3 à 6 mois) , douleurs musculaires, céphalées, nausées
- Complications : mortalité I/IO OOO patients traités soit 2/ IOO OOO séances ECT= mortalité liée à l'anesthésie,1 accident pour 1411 séances, laryngospasme, trauma dentaire, état de mal épileptique…

Cas clinique

- Mme R. 85 ans vient de perdre son mari MMS 13/30, coxarthrose inopérable, fauteuil roulant, GDS ¼ ne pleure pas , n'a pas d'idée noire , s'agite présente DTS .
- Quel est le diagnostic ?
- comment prendre en charge ?

Cas clinique

- Mme B. 78 ans, autonome, vivait chez elle avec son mari , cesse de s'alimenter car « elle n'a plus de langue, d'œsophage , et d'estomac », attend la mort ou plutôt pense être déjà morte.
- Quel est votre diagnostic?
- Quel est votre TTT ?

Cas clinique

- Mr. R. 75 ans, veuf des enfants très présents est hospitalisé suite à une décompensation cardiovasculaire , 48h après son arrivée , il refuse tout soins, refuse de manger menace de se laisser mourir.
- Quel est votre diagnostic?
- Quel est votre ttt?

conclusion

- La prise en charge doit être pluridisiplinaire
- 3 axes:
- Les TTT médicamenteux antidépresseur,normothymique,anxiolytique
- Les psychothérapies
- La sismothérapie